



FAITS SAILLANTS DU RAPPORT DESCRIPTIF DE L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE POUR LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE

Audrey Couture, Raynald Pineault, Alexandre Prud'homme, Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Jean-Frédéric Levesque, Pierre Tousignant

En 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1^{re} ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1^{re} ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

- une enquête populationnelle menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de 1^{re} ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus, ainsi que la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne pour évaluer les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique ainsi qu'à la réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne;
- une troisième enquête auprès d'informateurs clés dans les CSSS pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1^{re} ligne évoluent.

Introduction

Au début des années 2000, deux réformes majeures ont été amorcées au Québec. La première prévoyait l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF). La seconde créait les Centres de santé et services sociaux (CSSS), dont la responsabilité principale était de créer des réseaux locaux de services (RLS). Cette responsabilité exigeait notamment des CSSS qu'ils offrent leur soutien au développement des GMF.

En marge de ces réformes, le présent feuillet vise à présenter les changements observés entre 2005 et 2010 dans les organisations de première ligne dans la région de la Montérégie. Les résultats présentés dans ce feuillet portent d'abord sur l'évolution du nombre de cliniques médicales* entre 2005 et 2010 et ensuite sur l'analyse du changement dans les caractéristiques de ces cliniques durant cette période. Ces résultats sont présentés pour l'ensemble de la région et pour chacun des territoires de CSSS de la région.

Pour mesurer le changement organisationnel, nous avons calculé un indice de conformité à un idéal-type (ICIT). Cet idéal-type a été construit à partir de la littérature portant sur les

modèles de cliniques médicales de première ligne les plus prometteurs. Nous avons retenu 26 indicateurs répartis selon les dimensions de « vision », « ressources », « structure » et « pratiques ». Le tableau de la page suivante présente les quatre dimensions qui ont servi à construire l'indice de conformité à l'idéal-type (ICIT) avec leur définition et le nombre de variables qui les composent. Plus le score de l'ICIT est élevé (maximum de 100), plus la clinique médicale se rapproche de l'idéal-type. Nous avons fixé à 2,0 la valeur d'une différence importante entre les scores de l'ICIT de 2005 et 2010. Entre +2,0 et -2,0 nous considérons que la situation est demeurée stable. Les données pour cette deuxième partie des résultats ont été pondérées pour tenir compte de la taille des cliniques, mesurée par le nombre de médecins équivalent temps plein dans la clinique. La pondération permet une représentation plus juste de l'offre de services dans les territoires de CSSS.

D'autres détails méthodologiques se retrouvent dans un rapport méthodologique (Prud'homme et al., 2012). Les résultats détaillés sont présentés dans un rapport descriptif disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec (voir adresses Internet à la fin du document).

* Dans ce feuillet, le terme « clinique médicale » remplace « organisation de première ligne ».

Évolution du nombre de cliniques médicales entre 2005 et 2010

- Le nombre de cliniques médicales de première ligne n'a diminué que de 4, entre 2005 et 2010, passant de 225 à 221.
- Le territoire de CSSS le plus affecté par les pertes, même en calculant les ajouts de nouvelles cliniques, est celui de Pierre-Boucher (- 5).
- Les raisons principales des fermetures sont, dans l'ordre, la fusion avec une autre clinique médicale (55,2 %), la retraite ou le décès de médecins (41,4 %).
- La grande majorité des cliniques qui ont fermé étaient des cliniques solo (72,4 %) et, à un degré moindre, des cliniques de groupe (non GMF) (17,2 %).
- On note, entre 2005 et 2010, une augmentation de l'importance relative des cliniques GMF (de 15,6 % à 25,3 %), de même que l'apparition de cliniques réseau (CR) (de 0 % à 0,5 %) et de GMF-CR (de 0 % à 1,4 %) qui s'accompagne d'une baisse relative des autres types de cliniques.
- L'implantation des GMF et des CR s'est faite de façon inégale dans la région. L'implantation des GMF a progressé entre 2005 et 2010, surtout dans les CSSS Haut-Richelieu-Rouville (de 0 % à 31,0 %) et Richelieu-Yamaska (de 6,5 % à 36,4 %). Quant aux CR, une implantation ne s'est amorcée que dans le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne (2,8 %). En 2010, pour l'ensemble de la région, ces cliniques comptent pour 27,2 % de toutes les cliniques.

Dimensions de l'indice de conformité à l'idéal-type (ICIT)

Dimension	Définition	Nombre de variables
La vision	Buts, valeurs et orientations partagés par les membres de la clinique	4
Les ressources	Quantité et type de ressources disponibles dans la clinique	7
La structure	Règles de gouvernance, conventions et procédures qui orientent les activités de la clinique	6
Les pratiques	Mécanismes administratifs et professionnels mis en place pour soutenir les pratiques cliniques	9

Analyse du changement dans les caractéristiques organisationnelles des cliniques entre 2005 et 2010

- Parmi les territoires de CSSS de la région, cinq ont vu leur score global de l'ICIT augmenter entre 2005 et 2010, quatre sont demeurés stables et deux d'entre eux ont subi une baisse : de Vaudreuil-Soulanges (-3,8) et Jardins-Roussillon (-2,1). Les augmentations les plus importantes se retrouvent aux CSSS Haut-Richelieu-Rouville (+12,2) et Richelieu-Yamaska (+6,3). On note également une grande variation, en 2010, dans le score de l'ICIT entre les territoires de CSSS, allant de 53,1 au CSSS Jardins-Roussillon à 76,8 au CSSS de la Haute-Yamaska (figure de la page suivante).
- Pour la région, on note que l'augmentation de l'ICIT entre 2005 et 2010 se situe particulièrement au niveau des structures (+5,2) et des ressources (+3,4). Par ailleurs, la dimension « vision » est restée stable, alors que le score de l'ICIT pour la dimension « pratiques » a légèrement augmenté (+2,7).
- Les changements les plus importants s'observent au niveau de la dimension « structure ». On y note une augmentation de l'ICIT dans six territoires de CSSS. Les plus fortes augmentations se retrouvent aux CSSS Pierre-De Saurel (+21,5) et Haut-Richelieu-Rouville (+21,4). On observe une baisse dans quatre territoires de CSSS, la plus importante étant au CSSS du Suroît (-10,2) et une stabilité dans un CSSS. On note, en 2010, une variation très importante entre les territoires de CSSS pour cette dimension, allant de 35,8 au CSSS Jardins-Roussillon à 84,0 au CSSS La Pommeraié.
- Pour la dimension « ressources », on observe également, entre 2005 et 2010, des augmentations, quoique moins importantes que dans le cas de la « structure », dans quatre territoires de CSSS. L'augmentation la plus importante dans le score de l'ICIT s'observe dans le CSSS Haut-Richelieu-Rouville (+13,2). Le score de l'ICIT demeure stable dans quatre territoires de CSSS et fléchit dans trois territoires de CSSS, la diminution la plus importante s'observant au CSSS de Vaudreuil-Soulanges (-7,2). En 2010, pour cette dimension, les variations dans le score de l'ICIT entre les territoires de CSSS sont importantes, allant de 56,2 pour le CSSS Pierre-De Saurel à 77,6 pour le CSSS de la Haute-Yamaska.

- Pour la dimension « pratiques », les augmentations de l'ICIT touchent six territoires de CSSS. La hausse la plus importante est aux CSSS de la Haute-Yamaska (+11,7) et Haut-Richelieu-Rouville (+10,4), alors que la baisse la plus importante parmi les quatre territoires de CSSS affectés par une diminution de l'ICIT, se retrouve au CSSS Pierre-Boucher (-5,7). Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges demeure stable. En 2010, on peut observer une grande variabilité de l'ICIT entre les territoires de CSSS pour cette dimension, allant de 43,0 au CSSS Pierre-De Saurel à 72,9 au CSSS de la Haute-Yamaska.
- Des quatre dimensions, la « vision » est celle où les changements sont les plus partagés entre les territoires de CSSS. En effet, on observe une augmentation de l'ICIT dans deux territoires de CSSS, une stabilité dans quatre autres et une diminution dans les cinq derniers. L'augmentation se limite aux CSSS Jardins-Roussillon (+2,2) et Champlain-Charles-Le Moyne (+5,2). Il faut se rappeler que ces deux

territoires de CSSS n'affichent aucune augmentation de l'ICIT entre 2005 et 2010 pour toutes les autres dimensions. À l'opposé, on observe une stabilité de l'ICIT pour cette dimension dans le CSSS Haut-Richelieu-Rouville (+0,5), alors qu'une augmentation très importante a été observée pour toutes les autres dimensions. On note également une baisse importante du score de l'ICIT pour cette dimension (-14,6) et une augmentation très importante du score pour la dimension « structure » (+21,5) au CSSS Pierre-De Saurel. En 2010, on observe une grande variabilité de l'ICIT pour la dimension « vision » entre les territoires de CSSS, le score le plus élevé se retrouvant au CSSS Haut-Saint-Laurent (82,8) et le plus faible au CSSS Pierre-De Saurel (53,6).

Score moyen de conformité (global)



Valeurs les plus élevées

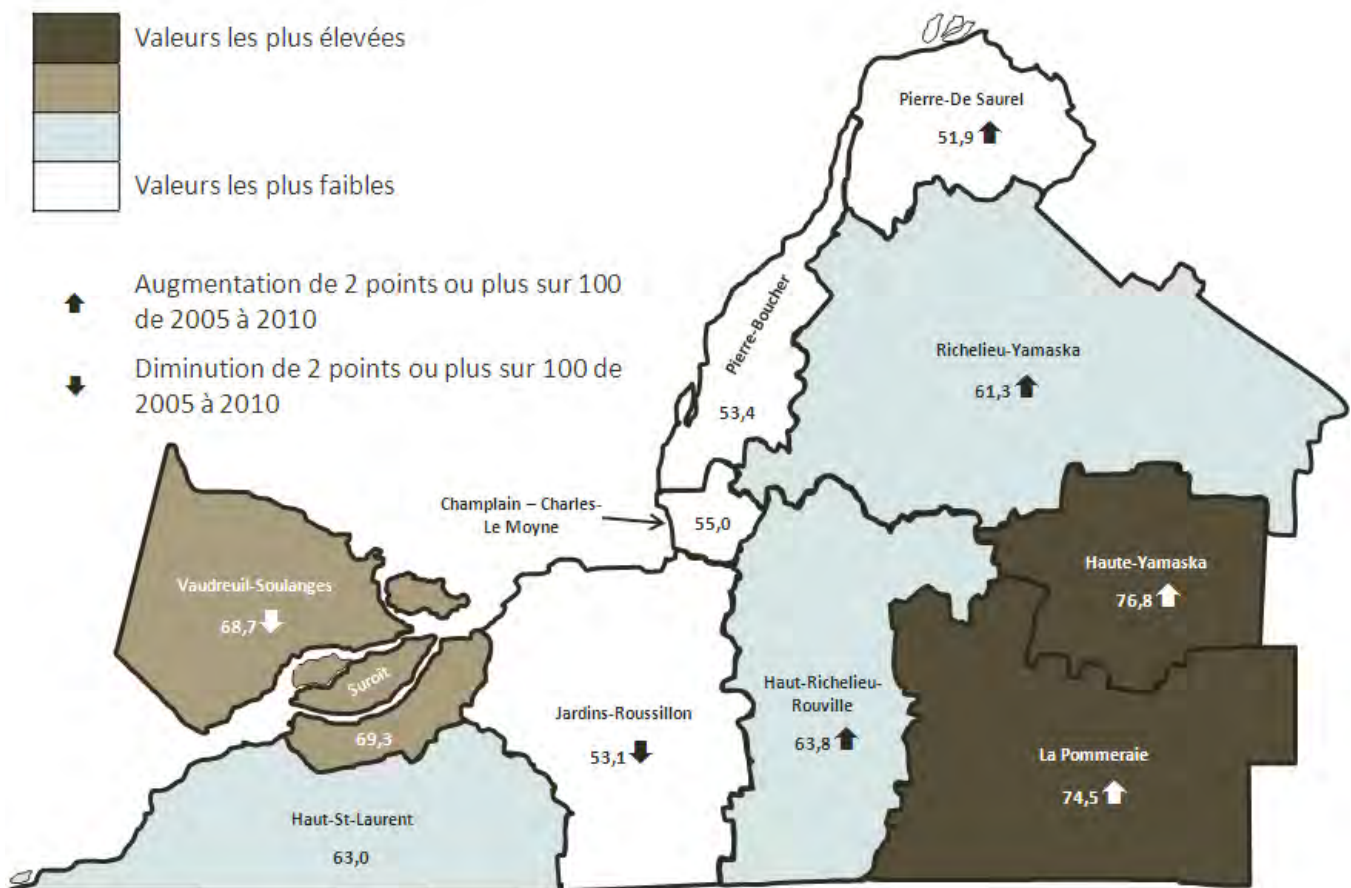
Valeurs les plus faibles



Augmentation de 2 points ou plus sur 100 de 2005 à 2010



Diminution de 2 points ou plus sur 100 de 2005 à 2010



Score moyen de conformité à l'idéal-type (global) des cliniques médicales (sur 100), par territoire de CSSS, Montérégie, 2010 (données pondérées)

Conclusion

- Dans la région, on observe une très légère baisse du nombre de cliniques médicales de première ligne entre 2005 et 2010 (-4); cette baisse, due principalement à des fermetures de cliniques de petite taille (surtout solo), a été compensée par des fusions et par la poursuite de l'implantation des GMF et l'amorce de l'implantation des CR.
- On note dans la région une amélioration nette de l'indice de conformité à l'idéal-type organisationnel (ICIT) entre 2005 et 2010.
- Cette amélioration est due principalement à l'implantation de GMF dans les cliniques existantes.
- Étant donné la nature de ces transformations, on retrouve les changements les plus importants au niveau des dimensions « structure » et « ressources » de l'ICIT.
- L'évolution des dimensions « ressources » et « structure » est assez semblable; celle de la « vision », par ailleurs, semble parfois aller dans un sens opposé aux autres dimensions, alors qu'une amélioration de celle-ci s'accompagne parfois d'une détérioration dans les autres, particulièrement dans les « ressources » et la « structure ».
- Enfin, bien qu'au niveau de la région le score global de l'ICIT montre une certaine stabilité (+1,9), les changements positifs dans certains territoires de CSSS sont fort importants, mais sont réduits au total par des changements négatifs dans certains autres.
- En conséquence, il existe des grandes disparités en 2010 entre les territoires de CSSS de la région et cette caractéristique est sans doute un point marquant des constatations présentées dans ce feuillet pour cette région.

AUTEURS

Audrey Couture^{1,2}, Raynald Pineault^{1,2,3}, Alexandre Prud'homme^{1,2}, Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}, Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Pierre Tousignant^{1,2,3}

¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

² Institut national de santé publique du Québec

³ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁴ Université de Montréal

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Cochercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Marjolaine Hamel, Alexandre Prud'homme, Dominique Grimard, Michel Fournier, Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis, Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

Codécideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet a reçu l'appui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins du Québec.

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à titre de comité principal. La nature multicentrique du projet de recherche implique une approbation de conformité éthique de tous les comités d'éthique de la recherche au sein de chacun des centres de santé et des services sociaux des territoires à l'étude.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)
Institut national de santé publique du Québec (2012)